

observation de cette opération qui a donné à Monod<sup>(1)</sup> un remarquable succès.

La désarticulation de l'épaule proposée par Fergusson pour assurer plus complètement l'arrêt du sang dans la tumeur, en supprimant la circulation dans la tumeur, a été pratiquée 4 fois. Dans ces 4 cas, l'amputation n'a eu aucune influence sur l'anévrisme qui a continué à grossir.

Comme on le voit, il est impossible de tirer une conclusion ferme de ces résultats. L'opération la plus rationnelle est certainement l'attaque directe de la tumeur, l'extirpation du sac ou tout au moins la ligature par la méthode ancienne avec incision du sac. Mais le volume, les connexions de la poche peuvent rendre cette intervention impossible. Il faudra donc alors recourir à la ligature qui présente aujourd'hui, sous le couvert de l'asepsie, un pronostic moins grave, et la belle observation de Monod montre qu'on en peut espérer un bon résultat.

5° ANÉVRYSMES TRAUMATIQUES DE L'ARTÈRE SOUS-CLAVIÈRE GAUCHE. — Souchon cite 17 cas d'anévrismes traumatiques de la sous-clavière gauche qui tous ont été traités par la ligature de la seconde ou de la troisième portion. 15 opérés ont guéri, 1 est mort d'hémorragie, 1 autre d'accidents cérébraux.

4° ANÉVRYSMES SPONTANÉS DE L'ARTÈRE SOUS-CLAVIÈRE GAUCHE.

Ligature de la troisième portion : 15 cas, 5 morts.

Ligature de la deuxième portion : 1 cas, 1 mort.

Ligature de la première portion : 1 cas, 1 mort.

La ligature par la méthode de Brasdow n'a été appliquée que 2 fois : dans un cas sur la troisième portion, guérison opératoire; dans un autre cas sur l'axillaire, diminution de la tumeur, puis récurrence, rupture du sac et mort.

La désarticulation de l'épaule n'a pas donné plus de résultats que pour les anévrismes de la sous-clavière droite.

La ligature donne donc pour les anévrismes sous-claviers gauches de meilleurs résultats que pour ceux du côté droit et peut être faite avec moins de crainte si l'action directe sur le sac ne semble pas possible.

## II. — ANÉVRYSMES ARTÉRIO-VEINEUX

Les anévrismes artério-veineux, très rares, ne présentent guère d'intérêt chirurgical. Dans les 6 observations relevées par Poinot, 5 fois la lésion des vaisseaux avait été produite par un coup de feu (Robert, Watmann, Letenneur); 5 fois par un instrument tranchant (Bérard, Larrey, Posada Arango).

L'anévrisme artério-veineux se présente ici avec tous ses signes habituels, thrill, souffle continu, etc., qui ne permettent guère d'hésitation dans le diagnostic.

Ces anévrismes ne grossissent pas, ou, du moins, leur accroissement est si lent que le pronostic doit être regardé comme peu grave. C'est sans doute pour cela qu'on a considéré la formation de l'anévrisme artério-veineux comme une terminaison heureuse des plaies de l'artère et de la veine sous-clavière.

Le traitement devra consister simplement à protéger la tumeur contre les violences extérieures. L'abstention opératoire a été jusqu'ici une règle absolue.

(1) MONOD, *Bulletin de l'Acad. de méd.*, janvier 1895, p. 97.

## CHAPITRE VII

### TUMEURS

#### I

#### TUMEURS SOLIDES

La plupart des tumeurs solides du cou ont déjà été décrites, tumeurs du corps thyroïde, de la glande sous-maxillaire, des ganglions, etc. Nous ne parlerons pas des tumeurs de la peau, kystes sébacés, molluscums, nævi, etc., qui ne présentent aucun caractère particulier. Il ne nous reste donc à étudier que quelques tumeurs pouvant se développer dans les couches celluluses ou aux dépens du squelette de la région.

A. LIPOMES. — Les lipomes ne sont pas rares au cou. Ils sont superficiels ou profonds. Superficiels, ils peuvent siéger partout : région sus-hyoïdienne, région sus-claviculaire; mais la nuque est pour eux un siège d'élection. Les frottements répétés, la pression habituelle de lourds fardeaux paraissent ici comme dans les autres régions jouer un rôle important dans leur développement. Verneuil<sup>(1)</sup> a signalé la fréquence des lipomes de la nuque chez les porteurs des halles; Lardier<sup>(2)</sup> a vu souvent des lipomes du creux sus-claviculaire chez les meuniers qui portent sur l'épaule leurs sacs de farine.

Les lipomes profonds ont été observés au voisinage des gros vaisseaux (Michaux<sup>(3)</sup>, Nélaton<sup>(4)</sup>), à la région carotidienne ou au creux sus-claviculaire, ou dans le tissu cellulaire péri-pharyngien (Taylor<sup>(5)</sup>).

Il existe enfin des lipomes congénitaux diffus, parfois adhérents au périoste des os de la région.

Quelles que soient leur origine et leur profondeur, les lipomes du cou peuvent acquérir des proportions considérables, et à mesure qu'ils se développent, leur forme se modifie; tantôt la tumeur, bien limitée, tend à se pédiculiser en grossissant, tantôt, largement étalée, elle arrive à retomber comme une pèlerine sur le dos, sur la poitrine, ou même sur toute la circonférence du thorax.

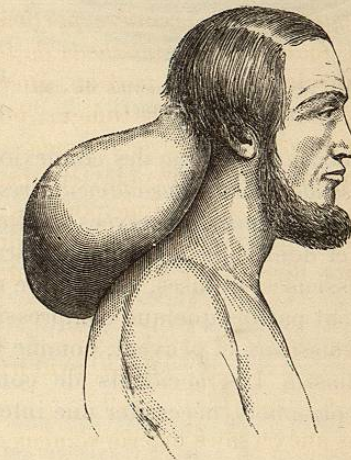


FIG. 147. — Lipome pédiculé.  
(D'après Littlewood.)

(1) VERNEUIL, Thèse de Leclerc, 1885.

(2) LARDIER, *Revue méd. de l'Est*, 1884 (cité par Quénu, *Traité de chir.*, t. I, p. 454).

(3) MICHAX (de Louvain), *Bull. de la Soc. de chir.*, t. III, p. 565.

(4) NÉLATON, *Journal de méd. et de chir. prat.*, juin 1859 (cité par Gillette, *loc. cit.*, p. 358).

(5) TAYLOR, *Med. Times and Gaz.*, 1876, vol. II, p. 610.

Gillette<sup>(1)</sup> a rassemblé un certain nombre d'observations de ces lipomes énormes dont quelques-uns atteignaient le poids de 29 livres.

Les lipomes peuvent être diffus ou encapsulés, distinction importante pour l'intervention chirurgicale. Les lipomes diffus s'observent surtout à la nuque

et gagnent peu à peu les parties voisines, jusqu'à faire tout le tour du cou. Bryck<sup>(2)</sup>, Oldmann<sup>(3)</sup> ont rapporté de beaux exemples de ces lipomes diffus envahissant tout le cou.

Ces tumeurs sont souvent symétriques et, depuis quelques années, on tend à leur donner une origine névropathique. Israel et Küster l'ont soutenu au 59<sup>e</sup> Congrès des médecins et naturalistes allemands, à propos d'une communication de Madelung<sup>(4)</sup>. Certains faits semblent plaider en faveur de cette théorie<sup>(5)</sup>.

L'extirpation est le seul traitement des lipomes du cou. L'ablation des lipomes diffus présente quelquefois de grandes difficultés, déjà signalées par Lisfranc<sup>(6)</sup>; ces tumeurs ne peuvent être enlevées que par une dissection laborieuse et en les morcelant progressivement.

Les contre-indications à l'opération sont tirées de l'âge et de l'état général du sujet,

en même temps que des connexions profondes que peut affecter la tumeur.

*Pseudo-lipomes sus-claviculaires.* — Verneuil a attiré, depuis 1879, l'attention sur ces tumeurs, observées le plus souvent chez les femmes à partir de quarante ans et dont le développement paraît lié à l'arthritisme et au diabète. Ces masses graisseuses, diffuses, font saillie entre le sterno-mastoïdien et le trapèze, déterminent parfois quelque compression sur les branches du plexus brachial ou sur les vaisseaux et peuvent, comme l'a indiqué Potain, se prolonger jusque dans le médiastin. Les accidents de compression seuls peuvent, dans quelques cas exceptionnels, nécessiter une intervention chirurgicale<sup>(7)</sup>.

(1) GILLETTE, loco citato, p. 358 et suivantes.

(2) BRYCK, Arch. für klin. Chir., 1874, t. XVII, fc. IV, p. 548.

(3) OLDMANN, Lancet, 31 mai 1875, t. I, p. 768.

(4) MADELUNG, Lipomes diffus du cou. 59<sup>e</sup> Congrès des médecins et naturalistes allemands. Centralblatt für Chirurgie, 1886, n<sup>o</sup> 44.

(5) MAC CORMAC, Quatre cas de lipomes symétriques de la nuque. St-Thoma's hosp. report, 1885, vol. XIII, p. 287. — MATHIEU, Lipomes symétriques d'origine névropathique. Gazette des hôpitaux, 8 juillet 1890.

(6) LISFRANC, Gazette des hôpitaux, 14 sept. 1844.

(7) VERNEUIL, Du pseudo-lipome sus-claviculaire. Gazette hebdom., 1879, p. 745, et 1882, p. 762 et 782. — S. GAMGEE, Lipome sus-claviculaire. Lancet, 1880, vol. I, p. 127. — POTAIN, Edème rhumatisal et pseudo-lipome sus-claviculaire. Acad. de méd., séance du 17 oct. 1882, et Gaz. hebdom., 1882, p. 681 et 687. — L.-H. PETIT, Ibid. Gaz. hebdom., 1885, p. 4, 57 et 856, et 1884, p. 55. — LAFFON, Lipome de la région sus-claviculaire. Journal de méd. de Bordeaux, 25 août 1885. — DIEU, Du pseudo-lipome. Thèse de doct. de Paris, 1885. — LIÉGEOIS, Histoire d'un malade atteint de pseudo-lipome. Gaz. hebdom., 1886, p. 651. — POUSSON, Pseudo-lipome sus-claviculaire. Journal de méd. de Bordeaux, 16 oct. 1887. — ALBERTIN, Du pseudo-lipome du



Fig. 148. — Lipome énorme du cou. (D'après Jeannel.)

B. FIBROMES. — Les fibromes profonds du cou, peu fréquents, naissent des organes fibreux de la région. Guyon assigne comme origine à bon nombre d'entre eux les lames aponévrotiques de la nuque<sup>(1)</sup>; d'autres prennent leur insertion sur le périoste des vertèbres, de l'omoplate, de la première côte, de la clavicule, ou encore de l'occipital ou de l'apophyse mastoïde<sup>(2)</sup>. Il en est enfin qui semblent se développer dans la gaine des vaisseaux; on leur a parfois attribué une origine embryonnaire<sup>(3)</sup>.

Ces tumeurs peuvent acquérir un volume considérable (cas de Patridge, de Maisonneuve, de Richard). Elles forment des masses allongées ou arrondies, régulières ou lobulées, de consistance ferme, élastique, présentant en un mot tous les caractères cliniques du fibrome dur. Des troubles fonctionnels, parfois très accusés, résultant de la compression produite par ces grosses tumeurs sur les nerfs ou les vaisseaux, quelquefois même sur l'appareil laryngo-trachéal (Maisonneuve).

Le diagnostic doit déterminer non seulement la nature de la tumeur, mais aussi et surtout ses connexions et ses attaches profondes.

L'extirpation, en effet, qui est le seul traitement, est plus ou moins difficile, suivant la nature et l'étendue de ces insertions sur les os et suivant l'extension de la tumeur aux régions voisines<sup>(4)</sup>.

C. ENCHONDROMES. — Les observations de chondromes indépendants de la parotide ou de la glande sous-maxillaire sont très rares.

Nous ne parlerons pas ici de petites productions cartilagineuses pédiculées qu'on rencontre à la partie supérieure du cou et dans la région pré-auriculaire. Elles ont été décrites avec les tumeurs congénitales provenant des arcs branchiaux. Il en est de même des aiguilles cartilagineuses qui s'étendent le long du sterno-mastoïdien jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire et qui accompagnent parfois des fistules congénitales.

L'étiologie des volumineux chondromes du cou est très obscure. Dans un cas de Trélat<sup>(5)</sup>, la tumeur était implantée sur les parties latérales de la colonne

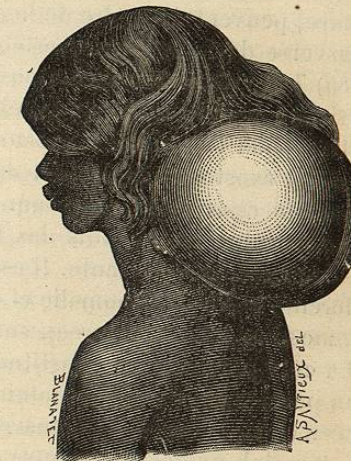


Fig. 149. — Fibrome de la nuque. (D'après Gillette.)

ceux sus-claviculaire. Province méd., 21 juillet 1888. — ARNOZAN et RÉGIS, Crétinisme sporadique et pseudo-lipome symétrique sus-claviculaire. Journal de méd. de Bordeaux, 10 août 1888. — BOUCHER, Note sur un cas de pseudo-lipome. France médicale, 8 juin 1889.

(1) GUYON, Étude sur les lipomes aponévrotiques pariétaux et en particulier ceux de la région cervico-dorsale. Bull. de l'Acad. de méd., 1877, t. VI, n<sup>o</sup> 21.

(2) Des exemples de ces fibromes implantés sur les os par un plus ou moins large pédicule parfois ossifié ont été rapportés par PATRIDGE (Med. Times, 1867, t. II, p. 318), HUGUIER (Soc. de chir., 5 nov. 1852), MAISONNEUVE (Acad. de méd., 8 août 1854), LEBERT (Physiologie pathologique, t. II, p. 170), RICHARD, Soc. de chir., 5 nov. 1862). Cités par Gillette (loco citato, p. 344).

(3) HENRY FREEMANN, Sur les fibromes récurrents du cou et leurs relations avec les arcs branchiaux. British med. Journal, juin 1844, p. 1085.

(4) BUTCHER, Fibrome très volumineux développé depuis près de vingt ans sur le côté gauche du cou et de la face. Extirpation de la tumeur et guérison presque sans difformité. Dublin Journal of med. sciences, mai 1877, p. 417.

(5) TRÉLAT, Gazette des hôpitaux, 1868, p. 264.

cervicale. Dans d'autres faits, l'absence d'adhérences aux os a fait penser qu'il s'agissait du développement de débris cartilagineux des arcs branchiaux.

Quoi qu'il en soit, ces tumeurs, qui ne tardent pas à produire des accidents de compression, adhèrent souvent si intimement à la gaine des vaisseaux (Bœckel) <sup>(1)</sup>, au cul-de-sac de la plèvre (Trélat), que l'extirpation peut offrir des dangers.

D. TUMEURS OSSEUSES. — Des tumeurs osseuses, occupant le creux sus-claviculaire, peuvent dépendre de la clavicule de la première côte ou de l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale. Mesnard rapporte dans sa thèse (1885) 7 cas d'exostoses du creux sus-claviculaire, 5 de la première côte, 1 de la clavicule, 1 de la septième vertèbre cervicale. Un certain nombre des faits enregistrés sous l'étiquette d'exostoses de la première côte doivent être rattachés, avec les exostoses dépendant de la septième vertèbre, à l'existence anormale d'une côte cervicale <sup>(2)</sup>. Cette anomalie n'a pas seulement un intérêt anatomique; elle détermine quelquefois des troubles fonctionnels qui ont rendu nécessaire une intervention sanglante. Il est donc utile pour le chirurgien de connaître les différents types de l'anomalie et aussi les rapports qu'affecte l'exostose avec les organes importants du creux sus-claviculaire.

La côte cervicale est constituée par le développement exagéré et indépendant d'un point osseux supplémentaire, qui existe normalement à la base et à la face antérieure de l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale, véritable point costal, qu'on ne retrouve pas aux autres vertèbres cervicales, sauf, dans quelques cas, à la sixième.

Ce qu'il est essentiel de savoir, c'est que : 1° la côte cervicale anormale peut être complètement développée, attachée, d'une part, à l'apophyse transverse, d'autre part au sternum ; 2° le cartilage de la côte cervicale peut être fusionné avec celui de la première côte thoracique ; 3° dans quelques cas, la partie moyenne de la côte anormale fait défaut ; elle n'est plus représentée que par les deux extrémités réunies par un trousseau fibreux ; 4° les deux extrémités peuvent être même complètement indépendantes par suite de l'absence de ce trousseau fibreux ; 5° enfin, l'extrémité de la côte anormale peu développée se soude

<sup>(1)</sup> BŒCKEL, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1862, p. 72.

<sup>(2)</sup> A. COOPER, *Exostose de la 7<sup>e</sup> vertèbre cervicale comprimant la sous-clavière. Surgical Essays*, p. 175. — ROGNETTA, *Ibid.*, *compression du plexus brachial et œdème du bras. Gazette méd.*, 1885, p. 708. — BOINET, *Côtes cervicales. Bull. de la Soc. anat.*, 1856, p. 10. — CHASSAIGNAC, *Côtes cervicales. Bulletin de la Soc. anatom.*, 1857, p. 296. — PASCAL, *Côte cervicale chez l'homme. Recueil de mémoires de méd. et de chir. milit.*, 2<sup>e</sup> série, t. IV, p. 175. — VERNEUIL, *Exostose de la 1<sup>re</sup> côte. Bull. de la Soc. anat.*, 1855, p. 80. — HALBERSTMA, *Côte supplémentaire. Rapports avec les vaisseaux. Gaz. hebd.*, 1857, p. 651. — HOLMES COOTE, *Exostose de l'apophyse transverse gauche de la 7<sup>e</sup> vertèbre cervicale. Rapports avec les vaisseaux et les nerfs. Opération, guérison. Med. Times and Gaz.*, 1861, t. II, p. 108. — W. GRÜBER, *Sur la côte cervicale de l'homme. Mém. de l'Acad. impér. des sciences de Saint-Petersbourg*, 1869, 7<sup>e</sup> série, t. XIII, n° 2. — PAGET, *Idem. Journal of anat. and physiol.*, 1869, p. 150. — POLAND, *Idem. Med.-chir. Trans.*, t. LII, p. 278. — STRUTHERS, *Idem. Journal of anat. and physiol.*, nov. 1874. — FISCHER, *Idem. Deutsche Chir.*, 1880, fasc. 54, p. 24. — SHEPHERD, *Trois exemples des côtes cervicales. Amer. Journal of med. sciences*, 1885, p. 112. — ALBRECHT, *Ibid. Liv. Jubil. de la Soc. de Gand*, 1884. — MESNARD, *Des exostoses du creux sus-claviculaire. Thèse de doct. de Paris*, 1884, n° 550. — LÉBOUCQ, *Idem. Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, 1885. — R. BLANCHARD, *La 7<sup>e</sup> côte cervicale de l'homme. Revue scientifique*, 1885, t. I, p. 724. — THOMAS DURGHY, *Description de deux colonnes vertébrales aux côtes verticales. Journal of anat. and physiol.*, 1887, vol. XXI, p. 4. — JEANNEL, *Encycl. internat. de chir.*, t. V, p. 775. — PÉRIER, *Réséction de l'apophyse transverse de la 7<sup>e</sup> vertèbre cervicale développée en côte supplémentaire et comprimant le plexus brachial. Bull. de l'Acad. de méd.*, 1890, t. XXIII, p. 256. — PLANET, *Tumeurs osseuses du cou. La 7<sup>e</sup> côte cervicale. Thèse de doct. de Paris*, 1890, n° 106.

parfois à la première côte thoracique, qui semble ainsi bifurquée à son extrémité postérieure. Ces différentes dispositions correspondent à des types très nets dans la série animale ; il est très vraisemblable que plusieurs des cas d'exostose de la première côte ne sont que des exemples de segmentation de la côte cervicale.

Lorsque la côte cervicale atteint une longueur de 5 à 6 centimètres ou davantage, l'artère sous-clavière passe au-dessus d'elle, dans une dépression bordée en avant par l'insertion du scalène. Au contraire l'artère sous-clavière garde sa disposition et ses rapports habituels, lorsque la côte cervicale a moins de 5 centimètres (Halberstma).

Le cul-de-sac pleural remonte parfois jusqu'à la côte cervicale et adhère intimement à sa face inférieure (cas de Périer).

Les accidents produits par ces tumeurs osseuses sont la compression et même l'oblitération de l'artère sous-clavière et la compression du plexus brachial. Il en résulte de l'engourdissement, des fourmillements dans les bras, des douleurs souvent atroces, une atrophie musculaire très accentuée.

Le seul traitement indiqué dans les cas où se produisent ces accidents est la résection de l'exostose. Holmes Coote en 1861, Périer en 1890 ont réséqué ainsi une côte insérée sur la septième vertèbre cervicale. Verneuil, en 1884, a enlevé une exostose ostéogénique de la première côte développée au niveau du tubercule du scalène postérieur. Ces opérations doivent être conduites avec la plus grande attention pour ménager l'artère sous-clavière et ses branches et les nerfs du plexus brachial. Dans le cas de Périer, la plèvre, adhérente à la face inférieure de la côte cervicale, fut ouverte sans qu'il en soit résulté, du reste, aucun accident ; le malade était guéri au bout de huit jours.

SARCOMES. — CARCINOMES. — Les sarcomes ne présentent au cou aucun caractère particulier. Ils peuvent se développer dans toutes les couches de la région, depuis les téguments jusqu'au squelette et particulièrement dans la gaine des vaisseaux ; ils se combinent assez souvent avec d'autres tumeurs, fibrome, myxome, etc.

Les carcinomes primitifs du cou (indépendants du larynx, du pharynx ou des glandes) sont très rares. Il en existe cependant un certain nombre d'observations. Quelques-uns se développent probablement dans les lobes aberrants du corps thyroïde, car ils ont les caractères des carcinomes thyroïdiens (Kœnig). Berger <sup>(1)</sup> a rapporté tout récemment une belle observation d'épithéliome aberrant de la thyroïde fusionnée avec la gaine du cou.

Volkman <sup>(2)</sup> a montré que des carcinomes peuvent se développer aux dépens de débris épithéliaux profondément enclavés au moment de la réunion des arcs branchiaux (carcinomes branchiogènes). Cette opinion a été confirmée par les recherches ultérieures de Treuberg <sup>(3)</sup>, de Bruns <sup>(4)</sup>, de Reverdin et Mayor <sup>(5)</sup> ; Samter <sup>(6)</sup>, dans un travail sur un cas de généralisation d'une tumeur épithé-

<sup>(1)</sup> BERGER, *Épithéliomes branchiogènes du cou et épithéliomes aberrants de la thyroïde. Onzième Congrès français de chirurgie. Paris*, 1897.

<sup>(2)</sup> VOLKMAN, *Le carcinome profond brachiogène du cou. Centralblatt für Chirurgie*, 1882, n° 4, p. 49.

<sup>(3)</sup> TREUBERG, *Idem. Wratsh.*, 1885, n° 9.

<sup>(4)</sup> BRUNS, *Idem. Bruns Mittheilungen*, 1884, p. 569.

<sup>(5)</sup> REVERDIN ET MAYOR, *Épithélioma pavimenteux branchiogène. Extirpation, récurrence, mort. Revue méd. de la Suisse rom.*, 1888, t. VIII, p. 162.

<sup>(6)</sup> SAMTER, *Contribution à l'étude des tumeurs des fentes branchiales. Archiv für path., Anat.*, 1888, vol. CXII, fasc. 1.

liale polykystique du cou, a cherché à montrer les relations de diverses tumeurs d'origine branchiale, cystome proliférant, enchondrome, épithéliome, carcinome.

Ces carcinomes profonds, situés près des gros vaisseaux auxquels ils adhèrent souvent, sont très difficiles à enlever; l'extirpation ne peut être faite parfois qu'au prix de la résection de la jugulaire et de la carotide; l'importance et l'étendue des délabrements nécessaires pour l'ablation large de la tumeur sont très souvent des contre-indications à toute intervention.

NÉVROMES. — Outre le névrome cutané plexiforme qui siège souvent au cou, on peut observer, sur les nerfs si nombreux de la région, ou des névromes multiples, ou des névromes isolés. Ces derniers, qui seuls intéressent le chirurgien, peuvent se développer soit sur les branches du plexus cervical ou du plexus brachial, soit sur le grand sympathique. Ils offrent du reste leurs caractères cliniques habituels.

## II

## TUMEURS LIQUIDES

Ces tumeurs comprennent les kystes et les angiomes.

Les kystes doivent être divisés en deux grandes classes, *kystes congénitaux*, *kystes acquis* ou d'une origine congénitale douteuse.

Les kystes congénitaux eux-mêmes sont séparés en *kystes branchiaux* (*dermoïdes* ou *mucoides*) et *kystes séreux*. Les premiers ont déjà été décrits dans ce volume.

Il ne nous reste donc à étudier ici que :

- 1° Les *kystes séreux congénitaux*;
- 2° Les *kystes séreux acquis*;
- 3° Les *kystes hydatiques*;
- 4° Les *tumeurs sanguines, angiomes, kystes sanguins*.

## I. — KYSTES SÉREUX CONGÉNITAUX

Les kystes séreux congénitaux ne sont connus que depuis une cinquantaine d'années. César Hawkins (1), en 1859, appela l'attention sur ces tumeurs étudiées après lui, surtout par Wernher (2), Gilles (3), Virlet (4), Lorain (5). Les travaux de ces auteurs et un certain nombre d'observations ultérieures fournirent les éléments de la thèse importante de Boucher (6). La description

(1) CÉSAR HAWKINS, *On a peculiar form of congenital tumours of the neck*. Med.-chir. Trans., mai 1859, t. XXII, p. 251.

(2) WERNHER, *Die angeborenen Kystenhygrome und die ihnen verwandten Geschwülste*. Diss. inaug. Giessen, 1845.

(3) GILLES, *De hygromaticis cysticis congenitis, etc.* Bonn, 1851. Anal. in Arch. gén. de méd., 1855, p. 82.

(4) VIRLET, *Des kystes congénitaux du cou*. Thèse de doct. de Paris, 1854, n° 150.

(5) LORAIN, *Idem*. Comptes rendus de la Soc. de biol., mai 1855, p. 62, et Mém. de la Soc. de biol., 1854, p. 155.

(6) BOUCHER, *Étude sur les kystes congénitaux du cou*. Thèse de doct. de Paris, 1868, n° 215.

macroscopique et l'étude clinique des kystes séreux congénitaux étaient dès lors établies.

Depuis quelques années, toute l'attention s'est portée sur la structure et sur la pathogénie de ces tumeurs et, parmi de nombreux et importants mémoires, il convient de citer surtout ceux de Wegner (1) et Middeldorpf (2).

Enfin en 1886, dans un *Traité des kystes congénitaux*, Lannelongue et Achard (3) ont consacré à ces kystes du cou un long et important chapitre, dans lequel la description anatomique et clinique, et les discussions pathogéniques sont appuyées sur 27 observations personnelles. Nous retrouvons dans le *Traité des affections congénitales*, publié par Lannelongue et Ménard (4), une nouvelle étude de ces kystes.

C'est à ces deux derniers ouvrages que nous avons surtout emprunté les éléments de notre description.

**Divisions. — Étiologie.** — La division classique des kystes séreux congénitaux en kystes *simples*, ou *uniloculaires*, et en kystes *composés* ou *multiloculaires*, importante en clinique et au point de vue des indications thérapeutiques, n'est justifiée anatomiquement par aucune différence de structure suffisante. Les deux sortes de tumeurs semblent répondre à deux états, à deux degrés différents d'une même espèce pathologique (Lannelongue). Le plus souvent, en effet, un kyste uniloculaire en apparence présente, en un point de la paroi, une masse de petits kystes, analogue au gâteau des kystes de l'ovaire.

L'origine congénitale de ces tumeurs est la seule notion étiologique bien précise. Il est rare qu'elles ne soient découvertes qu'un certain temps après la naissance; d'ordinaire assez volumineuses, elles attirent immédiatement l'attention; c'est dire qu'elles se développent pendant la vie intra-utérine; on les a rencontrées sur des fœtus de cinq mois (Després et Lelong), de quatre mois et demi (Guillaumet), de quatre mois (Morgan et Lorain).

Le sexe, l'hérédité, les accidents de la grossesse, l'état de santé des parents, n'ont aucune influence déterminée dans cette étiologie.

La coïncidence avec des vices de conformation divers n'a ici rien de spécial; mais certaines anomalies moins graves des parties voisines, angiomes, hypertrophies congénitales, états éléphantiasiques par ectasies lymphatiques, offrent un intérêt tout particulier pour la détermination de la pathogénie de ces kystes.

**Anatomie pathologique.** — Les kystes multiloculaires peuvent siéger sur tous les points du cou; ils sont fréquents sur la face antérieure et les faces latérales, plus rares à la nuque. On a souvent attribué aux kystes uniloculaires un siège d'élection exclusif sur la partie antérieure et du côté gauche, mais cette localisation n'a rien d'absolu puisqu'on en a observé à la nuque (observ. de Fifield). Quoi qu'il en soit, tous les kystes qui occupent la partie antérieure ou les parties latérales du cou ont été divisés en *médians* et en *unilatéraux*. Ces derniers, qui dépassent parfois le volume d'une orange ou même du poing,

(1) WEGNER, *Ueber Lymphangiome*. Langenbeck's Arch. für klin. Chir., 1877, t. XX, p. 641.

(2) MIDDELDORPF, *Ueber Lymphangioma cavernosum*. Langenbeck's Arch. für klin. Chir., 1885, t. XXXI, p. 590.

(3) LANNELONGUE et ACHARD, *Traité des kystes congénitaux*. Paris, 1886, p. 279 et 404.

(4) LANNELONGUE et MÉNARD, *Affections congénitales*. Paris, 1891, vol. I (tête et cou), p. 652 à 679.